

Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. – № 1. – С. 90–94.

6. Волков, М.Ю. Защищенное употребление алкоголя / М.Ю. Волков // Главный врач. – 2014. – № 3-4 (40). – С. 31–33.

7. Применение инотропных препаратов в интенсивной терапии больных с острым отравлением этиловым спиртом / Е.А. Попова [и др.] // Сиб. мед. обозрение. – 2014. – № 3. – С. 62–65.

УДК 616.61

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Бондарева Л.И., Выхристенко Л.Р., Счастливленко А.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время в диагностике хронического гломерулонефрита (ХГН) приоритет сохраняется за нефробиопсией, которая позволяет выявить характер нефропатии, степень поражения клубочков, канальцев, сосудов и интерстиция и определить насколько выражены склеротические и/или воспалительные изменения ткани почки. Основная цель проведения нефробиопсии – уточнение диагноза, определение дальнейшей тактики патогенетического лечения, прогноза течения ХГН [1]. При наличии противопоказаний или отказа пациентов увеличивается значимость особенностей клинических форм ХГН.

Цель исследования – оценка соответствия клинико-лабораторных показателей первичного ХГН определенным морфологическим формам.

Материал и методы. Изучены 195 медицинских карт стационарных пациентов с ХГН, находившихся на обследовании и лечении в нефрологическом отделении Витебской областной клинической больницы в 2018. Пациенты были обследованы в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов с нефрологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь [2].

У 101(51,8%) пациента диагностирован первичный ХГН морфологически неуточненный, у 63 (31,8%) - гломерулонефрит ранее морфологически уточненный. В исследование включен 31 (15,9%) пациент с впервые установленной морфологической формой ХГН.

Были изучены нефробиоптаты, изменения мочевого осадка (протеинурия, гематурия), уровень креатинина сыворотки крови, уровень артериального давления (АД), скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Расчет СКФ производился по номограмме для расчета СКФ на основании уровня креатинина крови, с учетом пола, возраста и расы (по формуле CKD-EPI).

Процедура чрескожной биопсии почки проводилась в условиях отделения хирургии печени и трансплантологии под контролем аппарата ALOKAALPHA 7 ProSound автоматической биопсийной системой «Magnum» фирмы «C.R.BARDGmbH», оснащенной иглой «FastcutB» диаметром 16G. Биоптаты исследовали при помощи световой микроскопии, иммунофлюоресцентного анализа в лаборатории УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро г. Минска».

Независимые переменные сравнивались при помощи U - критерия Манна-Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При изучении биоптата почки 31 пациента получены столбики почечной ткани с числом клубочков от 3 до 27, в среднем $12,82 \pm 1,15$. В 3-х

(9,7%, 3/31) случаях материал оказался малоинформативным по причине малого количества взятых для исследования клубочков, вследствие чего в дальнейшем были оценены данные 28 пациентов. Средний возраст исследуемых составил $38,9 \pm 2,54$ лет. Мужчин составили 46,43 % (13/28), женщин – 53,57% (15/28).

Согласно данным нефробиопсии были выделено 2 группы ХГН (по классификации Е.М. Шилова, (2010) [3]): пролиферативный и непролиферативный ХГН. В состав 1 группы вошел 21 пациент с пролиферативными (воспалительными) формами ХГН (21/28; 75%): мезангиопролиферативный ГН (1/21; 3,6%), IgA-нефropатия (17/21; 60,7%), IgM-нефropатия (1/21; 3,6%), экстракапиллярный ГН (1/21; 3,6%), мембранопролиферативный ГН (1/21; 3,6%). Во 2 группу – 7 пациентов с непролиферативными формами ХГН (7/28; 25%): мембранозная нефropатия (3/7; 10,7%), болезнь минимальных изменений (1/7; 3,6%), фокально - сегментарный гломерулосклероз (3/7; 10,7 %). В первой группе мужчины составили 47,6% (10/21), женщины 52,4% (11/21), во второй группе – 42,9% (3/7) мужчины и 57,1% (4/7) женщины. Межгрупповых различий не выявлено.

Более высокий уровень частоты встречаемости протеинурии был выявлен во второй (непролиферативные) группе ($4,103 \pm 5,49$) в сравнении с первой (пролиферативной) группой – $0,817 \pm 1,32$ г/л ($df = 1$; $F = 6,8$; $p = 0,015$).

Таблица – Клинико-лабораторные показатели пациентов с ХГН

Клинико-лабораторные показатели	Пролиферативный ХГН	Непролиферативный ХГН	p
Протеинурия, г/л	$0,817 \pm 1,32$	$4,103 \pm 5,49$	0,015
Гематурия (ед)	$21,1 \pm 17,08$	$4,43 \pm 4,7$	0,018
Креатинин сыворотки крови, ммоль/л	$0,112 \pm 0,04$	$0,85 \pm 0,02$	0,105
СКФ, мл/мин	$108,6 \pm 70,4$	$90,9 \pm 50,6$	0,105
АД сист./диаст., мм.рт.ст	$123,25 \pm 17,9$ / $79,25 \pm 10,6$	$151,43 \pm 33,9$ / $94,29 \pm 13,9$	0,020 0,012

Более высокий уровень встречаемости гематурии выявлен в 1 группе ($21,1 \pm 17,08$) в сравнении со 2 группой – $4,43 \pm 4,7$ ($df=1$; $F=6,36$; $p=0,018$), преобладающей в 1 группе ХГН являлась IgA-нефropатия (17/21; 60,7%).

Уровень креатинина в 1 группе составил $0,112 \pm 0,04$ ммоль/л, во 2 – $0,85 \pm 0,02$ ($df=1$; $F=2,8$; $p=0,105$). СКФ в 1 группе была $108,6 \pm 70,4$ мл/мин, во 2 - $90,9 \pm 50,6$ ($df=1$; $F=0,38$; $p=0,545$).

Более высокий уровень частоты встречаемости АГ был выявлен во 2 группе - 85,7%; 6/7 в сравнении с первой группой – 47,6%; 10/21 ($df=1$; $\chi^2=5,6$; $p = 0,029$). Средние цифры систолического АД в 1 группе $123,25 \pm 17,9$ оказались ниже, чем во второй $151,43 \pm 33,9$ ($F=4,52$; $p=0,020$); цифры диастолического АД также ниже в 1 группе $79,25 \pm 10,6$, чем во второй $94,29 \pm 13,9$, ($F=5,2$; $p=0,012$).

Во 2 группе выявлен нефротический уровень протеинурии ($4,103 \pm 5,49$ г/л), также в этой группе чаще встречались пациенты с АГ ($p=0,029$), средний уровень АД составил $151,4 \pm 33,9$ мм рт.ст. (систолическое АД) и $94,3 \pm 13,9$ мм рт.ст. (диастолическое АД). Эти данные соответствуют характеристикам морфологических форм, которые входят в данную группу (мембранозная нефropатия, болезнь минимальных изменений, фокально - сегментарный гломерулосклероз), т.е. это группа подоцитопатий [4].

Выводы.

1. Наиболее распространенной морфологической формой первичного ХГН является IgA-нефropатия (60,7%; 17/21).
2. Пролиферативные формы ХГН характеризовались более высоким уровнем гематурии ($p=0,018$), а при непролиферативных формах ХГН более высоким оказался уровень протеинурии ($p=0,015$).

3. Частота встречаемости АГ была выше в группе непролиферативных форм ХГН по сравнению с пролиферативными ($p=0,029$). Уровень АД (систолического и диастолического) также выше во второй группе по сравнению с первой ($p=0,020$ и $p=0,012$, соответственно).

Литература:

1. Пилотович, В.С. Пункционная нефробиопсия и ее роль в клинической нефрологии : инструкция по применению / В.С. Пилотович, А.В. Сукало, Г.И. Кравцова. – М., 2004. – 33 с.
2. Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с нефрологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.09.2011 г. № 92. – Прил. 2. – 40 с.
3. Долбин, И.В. Классификации внутренних болезней. Методологические подходы к формулировке диагноза: учебное пособие / И.В. Долбин ; под ред. И.В. Долбина, З.Д. Михайловой. – 3-е изд., доп. и перераб. – Н. Новгород : Изд-во Нижегород. гос. мед. акад., 2015. – 272 с.
4. Мухин, Н.А. Нефрология / Н.А. Мухин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 597 с.

УДК 616-072.7:616.69-008.14

ВЕЛИЧИНА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛОКАЛЬНЫХ ЖИРОВЫХ ДЕПО У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Бондаренко В.М., Пиманов С.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Популяционные исследования продемонстрировали более высокую частоту возникновения эректильной дисфункции (ЭД) у мужчин с ожирением, чем у тех, кто имел нормальный вес. При обследовании 256 пациентов выявлено, что центральное ожирение, которое оценивали по нескольким антропометрическим показателям, сочеталось с наличием ЭД у мужчин старше 60 лет [1].

Не все исследования с поперечным дизайном подтвердили связь избыточной массы тела и ожирения с ЭД. Тем не менее, имеются бесспорные доказательства такой ассоциации. Пять перекрестных исследований из разных стран, с выборками в диапазоне от 79 до 31742 мужчин, показали, что ЭД встречалась значительно чаще у тех, кто имел высокий ИМТ ($> 30 \text{ кг/м}^2$), чем у мужчин с меньшими значениями этого показателя ($< 25 \text{ кг/м}^2$) [2].

Ранее нами было установлено, что у пациентов с ЭД величина интраабдоминальной, околопочечной и окологердечной висцеральной жировой ткани (ВЖТ) превышает аналогичные значения у мужчин, не имеющих указанной патологии [3, 4].

Целью настоящего исследования явилась оценка величины граничных значений ВЖТ у пациентов с ЭД и здоровых мужчин.

Материал и методы. Количество ВЖТ определяли при ультразвуковом исследовании по описанным ранее методикам [5, 6] у 28 пациентов с ЭД (средний возраст $M \pm \sigma$ составил $42,14 \pm 9,31$ года). В группу сравнения вошли 23 мужчины без ЭД в возрасте $42,91 \pm 9,23$ года ($p=0,895$). Наличие ЭД устанавливалось по ответам на опросник МИЭФ-5 (Международный индекс эректильной функции-5).

Оптимальные по соотношению чувствительности и специфичности значения точек отсечения (cut-off) для ультразвуковых показателей ВЖТ определяли с помощью ROC-